Eerste Kamer der Staten-Generaal

1

Vergaderjaar 2015–2016

31 765 Kwaliteit van zorg

F

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG
Vastgesteld 8 februari 2016

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport[1] heeft kennisgenomen van de brief van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 3 december 2015 met de tweede voortgangsrapportage «Kwaliteit loont'[2]. Naar aanleiding hiervan is op 7 januari 2016 een brief gestuurd aan de Minister.

De Minister heeft op 5 februari 2016 gereageerd.

De commissie brengt bijgaand verslag uit van het gevoerde schriftelijk overleg.

De griffier van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
De Boer

[1] Samenstelling:
Ten Hoeve (OSF), Koffeman (PvdD), Kuiper (CU), De Vries-Leggedoor (CDA), Flierman (CDA), Barth (PvdA), Beuving (PvdA), Ganzevoort (GL), De Grave (VVD), Martens (CDA) (*voorzitter*), Schouwenaar (VVD), Bruijn (VVD) (*vice-voorzitter*), Gerkens (SP), Kops (PVV), Atsma (CDA), Bredenoord (D66), Dercksen (PVV), Van Dijk (SGP), Don (SP), Van Hattem (PVV), Krikke (VVD), Nooren (PvdA), Oomen-Ruijten (CDA), Prast (D66), Van Rooijen (50PLUS), Schnabel (D66), Wezel (SP)

[2] Kamerstukken I 2015/16, 31 765, D en Kamerstukken II 2015/16, 31 765, nr. 172.

kst-31765-F
ISSN 0921 - 7371
's-Gravenhage 2016

BRIEF VAN DE VOORZITTER VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 7 januari 2016

De commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft met belangstelling kennisgenomen van de brief van 3 december 2015 met de tweede voortgangsrapportage «Kwaliteit loont».[3] De leden van de fractie van het **CDA** en de leden van de fractie van **GroenLinks**, daarin gesteund door de leden van de **SP**-fractie, maken graag van de gelegenheid gebruik om u nog enige vragen en opmerkingen voor te leggen.

De leden van de **CDA**-fractie hebben op de eerste plaats enkele vragen over het gecontracteerde aanbod. Is er in 2015 naar uw oordeel bijtijds voldoende informatie voor verzekerden beschikbaar gekomen over de polissen van zorgverzekeraars en hun contractering? Was voor verzekerden op tijd duidelijk met welke aanbieders hun verzekeraar contracten sloot? Uit de opmerkingen over transparante processen leiden de leden van de CDA-fractie af dat hier nog ruimte is voor verbetering. Wanneer verwacht u dat het proces van contractering en van informatieverschaffing over contracten aan verzekerden geheel naar verwachting en behoren verloopt? Zal dit in 2016 het geval zijn of nog later? Kunt u aangeven welke consequenties de regering verbindt aan de gesignaleerde tekortkomingen in dit proces en of de regering hierover met verzekeraars of met aanbieders in gesprek is? Op welke manier stuurt de regering in dit proces in de richting van marktpartijen?

In de tweede plaats vragen de leden van de CDA-fractie wat de status van het verplicht eigen risico is. In de brief staat dat verzekeraars daarvan afwijken door bepaalde zorgvormen niet of niet volledig te laten meetellen, door polissen met een lager eigen risico aan te bieden, of door aanbieders uit te zonderen. Hoe verhouden zich deze vormen van korting op het eigen risico tot het verplichte karakter daarvan? Of betreft het alleen kortingen op een vrijwillig aangegaan, extra eigen risico? De vragenstellers krijgen graag een nadere toelichting hierop. Geldt ook voor de hoogte van c.q. de korting op het eigen risico dat dit uiteindelijk geen hinderpaal mag zijn voor de verzekerde om naar de zorgverlener van zijn keuze te gaan?

Bij de discussie over het wetsvoorstel Wet verbod verticale integratie[4] is eind 2014 door de regering in de Eerste Kamer met veel nadruk betoogd, dat verwerping van de wet de beoogde besparingen in de zorg ernstig in gevaar zou brengen. Naar de leden van de CDA-fractie hebben begrepen, concludeert het CPB dat de met de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet beoogde besparingen thans op een andere manier zijn bereikt. Hoe beoordeelt u de situatie nu? Zijn de besparingen langs andere weg ingevuld, of is er minder bespaard dan werd beoogd? Was dat eind vorig jaar ook te voorzien? Zo ja, waarom is dat toen niet benoemd? Zo nee, wat is sedertdien gebeurd waardoor thans wel duidelijk is dat de beoogde besparingen worden gerealiseerd?

De passage over «evenwicht in de sector» lijkt te suggereren dat fusies in de zorg zowel de kwaliteit als de prijs van zorg kunnen bedreigen. Graag

[3] Kamerstukken I 2015/16, 31 765, D en Kamerstukken II 2015/16, 31 765, nr. 172.
[4] Kamerstukken I 2013/14, 33 362, A.

ontvangen de leden van de CDA- fractie een nadere toelichting op deze stelling.

De leden van de fractie van **GroenLinks** hebben met interesse kennisgenomen van de voortgangsrapportage «Kwaliteit loont». Ze zien daarin op verschillende punten inderdaad verbeteringen en waarderen de voortvarende aanpak. Wel roept de voortgangsrapportage vragen op waar het gaat om het eigen risico. Met name de navolgende zin op pagina 2 geeft daar aanleiding toe: «Daarnaast kunnen verzekeraars aangewezen aanbieders uitzonderen van het eigen risico».

De leden van de fractie van GroenLinks, daarin gesteund door de leden van de fractie van de **SP**, willen graag weten hoe deze zin zich verhoudt tot het heftige debat dat eind 2014 ontstond rondom de vrije artsenkeuze en dat uiteindelijk leidde tot het verwerpen het wetsvoorstel Wet verbod verticale integratie. De leden van beide fracties brengen in herinnering dat de overweging van de regering om het afschaffen van de vrije artsenkeuze – na verwerping van het wetsvoorstel – langs andere weg te realiseren (per AMvB) grote verontwaardiging opriep binnen en buiten het parlement. Deze leden zien in dat het hier juridisch om een geheel andere constructie gaat, maar vragen of hier niet principieel sprake is van een vergelijkbare aantasting van de vrije artsenkeuze, omdat het verschil tussen aangewezen (gecontracteerde zorg) en niet-aangewezen (niet-gecontracteerde zorg) hiermee zo groot kan worden dat feitelijk het hinderpaalcriterium niet meer kan functioneren. Wanneer bijvoorbeeld de ene psycholoog wel is gecontracteerd en de andere niet, dan wordt de niet-gecontracteerde psychologische zorg voor de meeste verzekerden onbetaalbaar. Is het inzicht van de zorgverzekeraars in de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders inmiddels zozeer toegenomen dat zij nu wel in staat zijn om op basis daarvan te besluiten welke zorgaanbieders worden gecontracteerd? Wat zijn de rechtsgronden om te differentiëren tussen zorgaanbieders als er geen aantoonbaar kwaliteitsverschil tussen hen is? Wat zijn de verwachte dan wel beoogde gedragseffecten van deze differentiatie en hoe verhoudt dat zich tot de principiële vrijheid van patiënten om hun lichaam en geest toe te vertrouwen aan een zorgaanbieder van eigen keuze? Ontstaat hierdoor geen ontoelaatbaar verschil tussen mensen met genoeg geld om een arts van eigen keuze te bezoeken en mensen die dat niet kunnen betalen? De leden van beide fracties vragen u op het bovenstaande te reageren en vragen of u bereid bent om de ernstige bezwaren tegen het inperken van de vrije artsenkeuze serieus te nemen en er alles aan te doen om de eigen-risicodifferentiatie tussen aangewezen en niet-aangewezen zorgaanbieders te voorkomen.

De leden van de commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport zien uw reactie met belangstelling tegemoet en ontvangen deze graag uiterlijk 5 februari 2016.

Voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M.J.T. Martens

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 5 februari 2016

Op 7 januari heeft uw Kamer schriftelijke vragen gesteld naar aanleiding van de tweede voortgangsrapportage «Kwaliteit loont» die ik op 3 december aan zowel uw Kamer als de Tweede Kamer heb gestuurd.

CDA-fractie

De leden van de CDA-fractie hebben enkele vragen gesteld over het gecontracteerde aanbod. Zij vragen of er naar mijn oordeel voldoende informatie voor verzekerden beschikbaar is gekomen over de polissen van zorgverzekeraars en hun contractering? Was voor verzekerden op tijd duidelijk met welke aanbieders hun verzekeraar contracten sloot? Uit de opmerkingen over transparante processen leiden de leden van de CDA-fractie af dat hier nog ruimte is voor verbetering. Ook vragen de CDA-fractie mij wanneer het proces van contractering en van informatieverschaffing over contracten aan verzekerden geheel naar verwachting en behoren verloopt? Zal dit in 2016 het geval zijn of nog later? Daarnaast vraagt de CDA-fractie mij of ik kan aangeven welke consequenties de regering verbindt aan de gesignaleerde tekortkomingen in dit proces en of de regering hierover met verzekeraars of met aanbieders in gesprek is? Op welke manier stuurt de regering in dit proces in de richting van marktpartijen?

In het hoofdlijnenakkoord medisch specialistische zorg is afgesproken dat zorgverzekeraars voor 19 november alle informatie over ingekochte zorg beschikbaar moeten stellen voor patiënten. Hierbij moet ook duidelijk worden welke zorg ze (nog) niet hebben ingekocht, zodat de patiënt een weloverwogen keuze kan maken voor een zorgverzekeraar. In de beleidsregel «Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten» schrijft de NZa voor dat zorgverzekeraars bij het aanbieden van de polis het op dat moment gecontracteerde zorgaanbod bekend moeten maken. De NZa houdt hier toezicht op. De patiënt kan bij elke polis zien welk zorgaanbod onder zijn polis valt en waar nog geen zekerheid over is. Dat is cruciaal om te kunnen kiezen. Ik vind het tempo van contracteren teleurstellend en zal partijen vragen om hierop maatregelen te nemen. Het heeft bij mij, maar ook bij zorgaanbieders en zorgverzekeraars de voorkeur om op 19 november klaar te zijn met het gehele contracteerproces (los van bepaalde bijcontractering gedurende het jaar, bijvoorbeeld in geval van omzetplafonds). Ik ben met zowel de verzekeraars als de patiënten en de ziekenhuizen/zelfstandige behandel centra in gesprek over verbeteringen in het contracteringsproces, waaronder de mogelijkheid van meerjaren contracten die (nog) bijzonder weinig worden gesloten.

In de tweede plaats vragen de leden van de CDA-fractie wat de status van het verplicht eigen risico is. In de brief staat dat verzekeraars daarvan afwijken door bepaalde zorgvormen niet of niet volledig te laten meetellen, door polissen met een lager eigen risico aan te bieden, of door aanbieders uit te zonderen. Hoe verhouden zich deze vormen van korting op het eigen risico tot het verplichte karakter daarvan? Of betreft het alleen kortingen op een vrijwillig aangegaan, extra eigen risico? De vragenstellers vragen mij om een nadere toelichting hierop. Geldt ook voor de hoogte van c.q. de korting op het eigen risico dat dit uiteindelijk

geen hinderpaal mag zijn voor de verzekerde om naar de zorgverlener van zijn keuze te gaan?

Het verplicht eigen risico voor verzekerden van achttien jaar of ouder is in de Zorgverzekeringswet (Zvw) vastgelegd, namelijk in de artikelen 19 tot en met 22. Dit verplicht eigen risico geldt daarmee voor alle Zvw-verzekerden van achttien jaar of ouder. Voor 2016 bedraagt het verplicht eigen risico € 385,–. Het is dus niet mogelijk een zorgverzekering voor het basispakket te sluiten zonder of met een lager verplicht eigen risico.
In artikel 21, derde lid, van de Zvw is de mogelijkheid opgenomen dat bij algemene maatregel van bestuur vormen van zorg of overige diensten worden aangewezen waarvan de zorgverzekeraar, onder bij die maatregel te bepalen voorwaarden, kan bepalen dat de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen. Deze mogelijkheid is met ingang van 1 januari 2009 ingevoerd met artikel 2.17, tweede lid, van het Besluit zorgverzekering. Met ingang van die datum kunnen zorgverzekeraars bepalen voor welke Zvw-zorg de kosten geheel of gedeeltelijk buiten het verplicht eigen risico vallen indien de verzekerde die zorg betrekt bij een door de zorgverzekeraar aangewezen zorgaanbieder. Daarmee kunnen verzekeraars kostenvoordelen die zij realiseren met inkopen van zorg bij zo'n aangewezen zorgaanbieder, doorgeven aan hun verzekerden als zij naar de betreffende aanbieder gaan. Op die wijze kunnen zorgverzekeraars met toepassing van dit zogenaamde sturingsinstrument hun verzekerden met een positieve financiële prikkel stimuleren om gebruik te maken van zorg te verlenen door specifiek door de verzekeraar aangewezen zorgaanbieders. Zorgverzekeraars die dit sturingsinstrument toepassen, maken gebruik van de mogelijkheden die de Zvw hen biedt. In 2016 passen verschillende verzekeraars het sturingsinstrument eigen risico toe.
Dit sturingsinstrument op grond van artikel 21, derde lid, van de Zvw betreft uitsluitend het verplicht eigen risico, niet het vrijwillig eigen risico. Omdat het hier gaat om een positieve financiële prikkel, is er geen sprake van een hinderpaal voor verzekerden om naar de zorgverlener van zijn keuze te gaan.

Bij de discussie over het wetsvoorstel Wet verbod verticale integratie is eind 2014 door de regering in de Eerste Kamer met veel nadruk betoogd, dat verwerping van de wet de beoogde besparingen in de zorg ernstig in gevaar zou brengen. Naar de leden van de CDA-fractie hebben begrepen, concludeert het CPB dat de met de aanpassing van artikel 13 van de Zorgverzekeringswet beoogde besparingen thans op een andere manier zijn bereikt. De CDA-fractie vraagt mij hoe ik deze situatie nu beoordeel? Zijn de besparingen langs andere weg ingevuld, of is er minder bespaard dan werd beoogd? Was dat eind vorig jaar ook te voorzien? Zo ja, waarom is dat toen niet benoemd? Zo nee, wat is sedertdien gebeurd waardoor thans wel duidelijk is dat de beoogde besparingen worden gerealiseerd?

De wetswijziging van artikel 13 was één van de afspraken die in het kader van het behalen van de doelen van de hoofdlijnenakkoorden met de betrokken partijen zijn gemaakt. Met het vervallen van deze maatregel stonden de hoofdlijnenakkoorden onder druk en daarmee ook de bijbehorende opbrengsten van € 1 mld. Hiervoor was een oplossing noodzakelijk. Daarom is in plaats van aanpassing van artikel 13 een breed pakket aan maatregelen in gang gezet: «Kwaliteit loont». «Kwaliteit loont» vervangt dus de afspraak over aanpassing artikel 13 uit de hoofdlijnenakkoorden. Het Centraal Planbureau (CPB) geeft dit ook aan en stelt dat de maatregelen in «Kwaliteit loont» deel uit maken van een groter pakket aan maatregelen uit de Hoofdlijnenakkoorden. Tegelijkertijd stelt het CPB dat de maatregelen uit Kwaliteit loont problemen adresseren op gebieden

waar de werking van het stelsel nog te wensen over laat. Dat werd overigens initieel ook beoogd met aanpassing van artikel 13 van de Zvw. Het CPB concludeert verder in zijn doorrekening, gepubliceerd in de Macro Economische Verkenning (MEV) afgelopen september, dat de beoogde besparingen met de vervanging van aanpassing artikel 13 door «Kwaliteit loont» nog steeds zullen worden behaald. Overigens is het niet mogelijk aan iedere maatregel apart een prijskaartje te hangen, zoals het CPB ook heeft aangegeven. De maatregelen dienen in samenhang te worden gezien. Dit heb ik ook steeds beoogd.

Tot slot ontvangen de leden van de CDA-fractie een nadere toelichting op de stelling dat de passage over «evenwicht in de sector» lijkt te suggereren dat fusies in de zorg zowel de kwaliteit als de prijs van zorg kunnen bedreigen.

Een goed evenwicht in de sector stimuleert zorgaanbieders om hun diensten zoveel mogelijk te laten aansluiten bij de behoeften van gebruikers van zorg, zoals de prijs die via zorgverzekeraars aan zorgaanbieders wordt betaald en de kwaliteit van de zorg die aan patiënten wordt verleend. Fusies kunnen de keuzemogelijkheden voor patiënten verminderen, de mededinging beperken en daarmee ervoor zorgen dat de dienstverlening en de prijs- kwaliteitverhouding verslechtert. Op grond van de Mededingingswet toetst de Autoriteit Consument en Markt (ACM) voorgenomen fusies op de gevolgen voor de mededinging, opdat de belangen van gebruikers van zorg zijn gewaarborgd.

GroenLinks-fractie

De leden van de fractie van GroenLinks hebben met interesse kennisgenomen van de voortgangsrapportage «Kwaliteit loont». Ze zien daarin op verschillende punten inderdaad verbeteringen en waarderen de voortvarende aanpak. Wel roept de voortgangsrapportage vragen op waar het gaat om het eigen risico. Met name de navolgende zin op pagina 2 geeft daar aanleiding toe: «Daarnaast kunnen verzekeraars aangewezen aanbieders uitzonderen van het eigen risico».

De leden van de fractie van GroenLinks, daarin gesteund door de leden van de fractie van de SP, willen graag weten hoe deze zin zich verhoudt tot het heftige debat dat eind 2014 ontstond rondom de vrije artsenkeuze en dat uiteindelijk leidde tot het verwerpen het wetsvoorstel Wet verbod verticale integratie. De leden van beide fracties brengen in herinnering dat de overweging van de regering om het afschaffen van de vrije artsenkeuze – na verwerping van het wetsvoorstel – langs andere weg te realiseren (per AMvB) grote verontwaardiging opriep binnen en buiten het parlement. Deze leden zien in dat het hier juridisch om een geheel andere constructie gaat, maar vragen of hier niet principieel sprake is van een vergelijkbare aantasting van de vrije artsenkeuze, omdat het verschil tussen aangewezen (gecontracteerde zorg) en niet-aangewezen (niet-gecontracteerde zorg) hiermee zo groot kan worden dat feitelijk het hinderpaalcriterium niet meer kan functioneren. Wanneer bijvoorbeeld de ene psycholoog wel is gecontracteerd en de andere niet, dan wordt de niet-gecontracteerde psychologische zorg voor de meeste verzekerden onbetaalbaar. Is het inzicht van de zorgverzekeraars in de kwaliteitsverschillen tussen zorgaanbieders inmiddels zozeer toegenomen dat zij nu wel in staat zijn om op basis daarvan te besluiten welke zorgaanbieders worden gecontracteerd? Wat zijn de rechtsgronden om te differentiëren tussen zorgaanbieders als er geen aantoonbaar kwaliteitsverschil tussen hen is? Wat zijn de verwachte dan wel beoogde gedragseffecten van deze differentiatie en hoe verhoudt dat zich tot de principiële vrijheid van patiënten om hun lichaam en geest toe te vertrouwen aan een zorgaan-

bieder van eigen keuze? Ontstaat hierdoor geen ontoelaatbaar verschil tussen mensen met genoeg geld om een arts van eigen keuze te bezoeken en mensen die dat niet kunnen betalen? De leden van beide fracties vragen mij op het bovenstaande te reageren en vragen of ik bereid bent om de ernstige bezwaren tegen het inperken van de vrije artsenkeuze serieus te nemen en er alles aan te doen om de eigen-risicodifferentiatie tussen aangewezen en niet-aangewezen zorgaanbieders te voorkomen.

De mogelijkheid dat verzekeraars de kosten van zorg bij door hen aangewezen aanbieders deels of geheel kunnen uitzonderen van het verplicht eigen risico is niet nieuw. De wettelijke basis hiervoor is ingevoerd met de wijziging van de Zvw en de Wet op de zorgtoeslag vanwege de vervanging van de no-claimteruggave door het verplicht eigen risico per 1 januari 2008 (voorstel van wet nr. 31 094). Deze mogelijkheid is met ingang van 1 januari 2009 daadwerkelijk ingevoerd met het tweede lid van artikel 2.17 van het Besluit zorgverzekering, nadat deze voorgenomen wijziging van het besluit op 23 mei 2008 bij beide Kamers der Staten-Generaal was voorgehangen (Kamerstukken II 2007/08, 29 689, nr. 194 en bijlagen). Bedoelde mogelijkheid heeft dan ook geen relatie met de discussie die is ontstaan naar aanleiding van het wetsvoorstel Wet verbod verticale integratie. Bij deze laatste discussie ging het om de hoogte van de vergoeding die verzekerden ontvangen als zij gebruik maken van niet-gecontracteerde zorg, of anders gezegd om de hoogte van het bedrag dat verzekerden zelf moeten bij betalen wanneer zij gebruiken maken van niet-gecontracteerde zorg. Ze moeten dan dus meer betalen.
Bij de mogelijkheid voor verzekeraars om kosten van zorg verleend door de door hen aangewezen aanbieders te kunnen uitzonderen van het verplicht eigen risico gaat het niet om de vergoeding voor deze aanbieders, maar om een eventuele korting op het verplicht eigen risico die hier bij aan de orde kan zijn. Verzekerden kunnen dus een korting krijgen op het eigen risico als zij gebruik maken van deze aanbieders en hoeven dus minder te betalen. Deze korting op het eigen risico kent bovendien een grens, namelijk nooit meer dan het wettelijk eigen risico. Het is overigens niet zo dat de kosten van zorg door alle gecontracteerde zorgaanbieders «automatisch» buiten het verplicht eigen risico vallen. Zorgverzekeraars moeten de zorgvormen en de zorgaanbieders waarvoor deze mogelijkheid geldt, aanwijzen en dit in de polis opnemen. Het enkele feit dat een zorgaanbieder door een zorgverzekeraar is gecontracteerd volstaat hiervoor niet.
Deze korting heeft geen relatie met het hinderpaalcriterium. Het hinderpaalcriterium is erop gericht dat verzekerden geen hinderpaal mogen ervaren om gebruik te maken van de arts van hun keuze. Het eigen risico staat daar los van omdat het verplicht eigen risico voor iedere verzekerde een gegeven is. Een eventuele korting op het verplicht eigen risico is dus een enkel voordeel dat een verzekerde kan behalen en beoogt geen drempels op te werpen, maar juist mensen positief te prikkelen naar een zorgaanbieder te gaan met wie de verzekeraar bijzondere afspraken heeft gemaakt.

Zoals ik eerder heb aangegeven vind ik het van belang dat zorgverzekeraars bij de contractering rekening houden met de kwaliteit van zorg. In mijn brief «Kwaliteit loont» heb ik diverse maatregelen aangekondigd om het inzicht in en de transparantie van kwaliteit van zorg te verbeteren. Er wordt voortgang geboekt bij het verbeteren van het inzicht in en de transparantie van kwaliteit van zorg. Zo wordt er in de geestelijke gezondheidszorg gewerkt aan een kwaliteitsstatuut dat de kwaliteit van de zorg en de transparantie moet verbeteren en aan tal van zorgstandaarden. Voor verzekerden is het van belang dat zorgverzekeraars transparant zijn over de inhoud van de polis. Zorgverzekeraars zijn uit hoofde van de Wet

marktordening gezondheidszorg verplicht informatie openbaar te maken over de eigenschappen van aangeboden producten en diensten op zodanige wijze dat deze gegevens voor consumenten gemakkelijk vergelijkbaar zijn. Deze verplichting is uitgewerkt in de Regeling TH/NR-004 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten van de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa). De regels hebben onder andere betrekking op informatie over polisvoorwaarden en vergoedingen. Het is van belang dat voor verzekerden ook transparant is als verzekeraars aanbieders hebben aangewezen die uitgezonderd zijn van het eigen risico.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E.I. Schippers